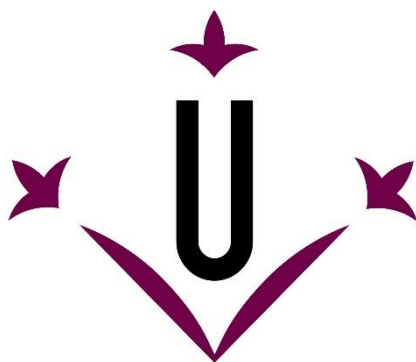


# **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA ADULTOS SEDENTARIOS CON SOBREPESO BASADOS EN HÁBITOS SALUDABLES: DIETA MEDITERRÁNEA Y ACTIVIDAD FÍSICA**



**Universitat de Lleida**

**FACULTAT d' INFERMERIA**

Por: Vanesa Almenta Porcel

Tutora: Míguela Martínez Orduna  
Asignatura: Trabajo Fin de Grado

Grado en Enfermería  
Lleida Mayo 2014

***Lincoln, Abraham:* "Al final, lo que importa no son los años de vida, sino la vida de los años."**

## ***Dedicatoria***

Este trabajo se lo dedico primeramente a mi Padre Celestial, quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas, enseñandome a encarar adversidades y no desfallecer en el intento, sin ti nada de esto hubiera sido posible.

A mi hija Catherine, el motor de mi vida y la razón de mi existir, por la comprensión, que has tenido siendo tan solo una niña de tan corta edad, y por todo lo que me das. Te amo.

A todos mis amigos/as muy especialmente a Mar por todo tu apoyo, consejos comprensión en los momentos difíciles.

A mi familia quienes me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A toda aquella gente la cual no nombro y que me encuentre a lo largo del camino, a todos gracias porque aunque no lo crean todos habeis aportado su granito de arena en mí.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosas que esperar” Thomas Chalmers.

***Agradecimientos.***

A la tutora trabajo de fin de grado, Miguela Martinez Orduna, por sus sabios consejos empatía, disponibilidad, fuerza, ánimos y paciencia.

A Eva Artigues por su ayuda y sus indicaciones, por preocuparse tanto en explicarme tan bien cada cosa y por el agradable ambiente de trabajo que creaba.

A vosotras dos, además de haberme implantado en mi la pasión por lo que es la educación para la salud, y el pensamiento crítico como enfermera, ha sido un verdadero placer y un privilegio estar con vosotras. ¡Gracias!

# Índice

## Contenido

|  |    |
|--|----|
| 1.Introducción .....   | 3  |
| 1.1 Marco teórico.....   | 4  |
| 1.1.1 Obesidad. definición y clasificación .....   | 4  |
| 1.1.2. Evolución y situación de la epidemia de la obesidad.....  | 5  |
| 1.1.3 La influencia de la alimentacion (sus diferentes aspectos) en la genesis y control de la obesidad..... | 6  |
| 1.1.4 Epidemiología descriptiva mundial .....  | 7  |
| 1.1.5 Estadísticas de obesidad de España .....   | 8  |
| 1.1.6 Estadísticas de obesidad de Cataluña .....   | 9  |
| 1.1.7 La obesidad como factor de riesgo .....  | 10 |
| 1.1.7.1 Etiología/ factores de riesgo .....  | 10 |
| 1.1.7.2 Complicaciones .....   | 11 |
| 1.1.8 La importancia de la alimentación en el paciente sano y los estilos de vida.....                       | 13 |
| 1.1.9 Qué entendemos por dieta mediterránea? .....   | 14 |
| 1.1.10 Medidas dietéticas .....  | 15 |
| 1.1.10.1 Consejos dietéticos en pacientes con obesidad.....  | 15 |
| 1.1.11 Ejercicio físico como influye en nuestra salud? .....   | 16 |
| 1.1.11.1 Ejercicio físico .....  | 16 |
| 1.1.10.2 Sedentarismo y beneficios de la actividad física .....  | 18 |
| 1.1.11.3 Sedentarismo: un problema de salud pública mundial .....  | 18 |
| 1.1.11.4 Causas del sedentarismo.....  | 19 |
| 1.1.11.5 Prescripción de ejercicio físico .....  | 19 |
| 1.1.11.6 Adulto con factor de riesgo .....   | 20 |
| 1.1.11.7 Prescripcion de ejercicio fisico y obesidad.....  | 20 |
| 1.2 Justificación .....  | 23 |
| 2. Objetivos .....   | 26 |
| 2.1 Objetivo general.....  | 26 |
| 2.2 Los objetivos específicos del programa son:.....   | 26 |
| 3. Metodología .....   | 27 |
| 3.1 Metodología de la búsqueda. ....   | 27 |
| 3.2 Cronograma.....  | 27 |
| 3.3. Aspectos éticos y legales .....   | 28 |
| 3.4 Población diana .....  | 28 |

|  |    |
|--|----|
| 3.5 Profesionales a los que va dirigido.....                                   | 28 |
| 3.6 Criterios de selección .....   | 28 |
| 3.7 Ámbito:.....   | 28 |
| Analisis de los datos .....  | 30 |
| 3.1 Cronograma.....  | 33 |
| 4.Discusión/resultados.....  | 42 |
| 5.Conclusiones .....   | 47 |
| 6.Bibliografía .....   | 50 |
| 6.Anexos .....   | 54 |
| 6.1 Documento de preinscripción.....   | 54 |
| 6.2 Test dieta mediterránea.....   | 55 |
| 6.3 Versión española del brief physical activity assessment tool (BPAAT). .... | 56 |
| 6.3 Test de prochaska .....  | 57 |
| 6.4 Encuesta de valoración. ....   | 58 |
| 6.5 Diario autoadministrado. ....  | 58 |

## Índice de figuras.

**Figura 1.** Criterios SEEDO 2007 para definir la obesidad en grados según el IMC en adultos.

**Figura 2.** Organización de los grupos.

## Índice de tablas.

**Tabla nº1.** Prescripción de ejercicio físico y obesidad.

## Índice de abreviaturas

DM: Diabetes Mellitus.

DME: Dieta Mediterránea

DMNID: Diabetes Mellitus no insulino dependiente

EEUU: Estados Unidos

ENRICA: Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular,

HTA: Hipertensión Arterial.

IMC: Índice de Masa Corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

NHANES: National Health and Nutrition

OB: Obesidad

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos

OMS: Organización Mundial de la Salud

SAOS: Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño

TC: Terapia Conductual.



## Resumen

**Introducción :** Las principales causas de la obesidad y el sobrepeso son el sedentarismo y la alimentación inadecuada , provocando problemas de elevada magnitud y con graves repercusiones en el estado de salud . Con esta intervención mi intención es proteger la salud de este grupo de personas proporcionándoles bienestar mediante la promoción de conductas saludables, a través de dieta y ejercicio, fomentando la educación desarrollada por el profesional de enfermería e impulsando su autocuidado.

**Metodología:** Estudio comparativo antes - después de una intervención educativa aleatoria en personas de 18 a 50 años que tengan diagnóstico de sobrepeso en su HCAP y cumplan los criterios de inclusión . Además de tener el grupo intervención se harán dos grupos , el control y el grupo piloto. A los primeros que serán el grupo control y piloto se les hará tan sólo la primera visita descrita más adelante, en el grupo intervención se les aplicará todo el programa , el cual se habrá modificado previamente después de su aplicación al grupo piloto.

El programa se estructura en 1 consulta individual de 20-40 min . aproximadamente , y 4 sesiones grupales de 90 minutos de duración cada una. Después se les hará 4 visitas de seguimiento durante los meses posteriores hasta la finalizar el programa. Se recogerán datos sobre adhesión a la dieta mediterránea y la actividad física antes - después , y un test de conocimientos pre y post - intervención . Los pacientes deberán estar en la etapa contemplativa de Prochaska . Crearemos a su vez un blog.

**Resultados:** La explotación estadística se realizará a través del programa informático SPSS, el cual utilizaré para realizar el análisis estadístico de los datos obtenidos, podremos ver las diferencias en la adhesión de la DME y la práctica de actividad física, además podremos observar si hay alguna diferencia significativa con un intervalo de confianza del 95 %.

Aquellos participantes que reciban la sesión individual además de las 4 sesiones grupales habrá una significación estadística respecto a la mejora de conocimientos y a la dieta mediterránea además de la actividad física, también habrá una mejora de la actitud y de comportamiento en hábitos saludables, no sucediendo así en aquellos participantes que formarán parte del grupo piloto o el grupo control.

## Resum

**Introducció:** Les principals causes de l'obesitat i el sobrepès són el sedentarisme i l'alimentació inadequada, provocant problemes d'elevada magnitud i amb greus repercussions en l'estat de salut. Amb aquesta intervenció meua intenció és protegir la salut d'aquest grup de persones proporcionant benestar mitjançant la promoció de conductes saludables, a través de dieta i exercici, fomentant l'educació desenvolupada pel professional d'infermeria i impulsant la seva autocura.

**Metodologia:** Estudi comparatiu abans - després d'una intervenció educativa aleatòria en persones de 18 a 50 anys que tinguin diagnòstic de sobrepès en la seva HCAP i compleixin els criteris d'inclusió. A més de tenir el grup intervenció es faran dos grups, el control i el grup pilot. Als primers que seran el grup control i pilot, se'ls farà tan sols la primera visita descrita més endavant, en el grup intervenció se'ls aplicarà tot el programa, el qual s'haurà modificat prèviament després de la seva aplicació al grup pilot. El programa s'estructura en 1 consulta individual de 20-40 min. aproximadament, i 4 sessions grupals de 90 minuts de durada cadascuna. Després se'ls farà 4 visites de seguiment durant els mesos posteriors fins a la finalitzar el programa. Es recolliran dades sobre adhesió a la dieta mediterrània i l'activitat física abans - després, i un test de coneixements pre i post - intervenció. Els pacients han d'estar en l'etapa contemplativa de Prochaska. Crearem al seu torn un blog.

**Resultats:** L'explotació estadística es realitzarà a través del programa informàtic SPSS, el qual utilitzaré per realitzar l'anàlisi estadística de les dades obtingudes, podrem veure les diferències en l'adhesió de la DME i la pràctica d'activitat física, a més podrem observar si hi ha alguna diferència significativa amb un interval de confiança del 95%. Aquells participants que rebin la sessió individual a més de les 4 sessions grupals haurà una significació estadística respecte a la millora de coneixements i a la dieta mediterrània més de l'activitat física, també hi haurà una millora de l'actitud i de comportament en hàbits saludables, no succeint així en aquells participants que formaran part del grup pilot o el grup control.

## Abstract

**Introduction:** The main causes of obesity and overweight are a sedentary lifestyle and an unhealthy diet , causing problems of high magnitude with serious impact on health. In this contribution I intend to protect the health of this group of people by providing welfare by promoting healthy behaviors, through diet and exercise, promoting education developed by the nurse and promoting self-care.

**Methodology:** Comparative study before - after a random educational intervention in people 18 to 50 years who are overweight in their diagnosis of HCAP and met the inclusion criteria . In addition to the intervention group will be two groups , control and the pilot group . At first it will be the control group were only done the first visit described below, in the intervention group will be applied throughout the program, which s'haurà previously modified upon application to the pilot group.

The program is divided into 1 individual consultation 20-40 min . approximately , and 4 group sessions lasting 90 minutes each. After they made four follow-up visits in the months following to the end of the program . Data on adherence to the Mediterranean diet and physical activity were collected before - after , and pre and post test of knowledge - intervention. Patients should be in the contemplative stage of Prochaska . Turn will create a blog.

**Results:** The statistical exploitation realitzarà through SPSS software, which I will use to perform statistical analysis of the data obtained , we can see the differences in the adhesion of the DME and physical activity , we can also see if there is any significant difference with a confidence interval of 95%.

Participants who received the individual session plus 4 group sessions have statistical significance concerning the improvement of knowledge and the Mediterranean diet in addition to physical activity , there will be an improvement in the attitude and behavior in healthy habits , not going well in those participants who will be part of the pilot group or the control group.

## Introducción

## 1.Introducción

La obesidad (OB) constituye un serio problema de salud pública en el mundo llegando a alcanzar en la actualidad niveles de pandemia, la cual afecta tanto a países de altos ingresos como a naciones pobres o en vías de desarrollo. Igualmente estos países, han de desafiar a una doble lucha en relación con los de los países desarrollados, la lucha mantenida de manera habitual contra las enfermedades infecciosas y la desnutrición, y por otro lado afrontar los elevados factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, como el sobrepeso y la obesidad. En muchas ocasiones se producen estas dos a la vez en un mismo hogar o en una misma comunidad. Por lo tanto la obesidad y sobrepeso constituye un grave problema, no solo por las dimensiones que ha llegado a adquirir en los últimos tiempos, sino por su gasto sanitario, el impacto sobre la morbilidad, y la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la obesidad (OB) como la epidemia del S.XXI". Debido a su gran impacto frente a la morbilidad, gasto sanitario y calidad de vida que ha llegado a adquirir hasta el momento, y considerando que en un futuro sus cifras aumentarían muchísimo más. Por ello es necesario potenciar estilos de vida saludables para evitar la enfermedad, y reducir las altas cifras que día a día se van incrementando más, dado que su tratamiento es difícil por tratarse de una enfermedad crónica la cual produce complicaciones a corto y a largo plazo.

Así pues debido al reciente aumento de la OB en la población he realizado una revisión bibliográfica para conocer la OB y los factores implicados en ellos; y poder desarrollar un programa de intervención en población adulta para potenciar hábitos saludables en dieta y ejercicio.

Con esta intervención mi intención es proteger la salud de este grupo de personas proporcionándoles bienestar mediante la promoción de conductas saludables, a través de dieta y ejercicio, fomentando la educación desarrollada por el profesional de enfermería e impulsando su autocuidado.

## 1.1 Marco teórico.

### 1.1.1 Obesidad. definición y clasificación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como el exceso de grasa corporal que afecta a la salud y al bienestar, como consecuencia de un balance energético positivo mantenido en el tiempo. Para definir este problema, hay que tener en cuenta que no todo aumento de peso es igual a obesidad. Hay métodos usados para medir directamente la grasa corporal no están accesibles a la práctica diaria. Por esta razón, la obesidad es a menudo valorada por métodos indirectos.

La conclusión más simple y aceptada sobre el peso ideal, en la cual se argumentó que el peso ideal venía determinado por el índice de masa corporal (IMC) definido como peso en Kilogramos dividido por la altura en metros al cuadrado, utilizado para la clasificación de una persona, y se calcula tanto para hombres como mujeres, a partir de la fórmula:

Una de las clasificaciones que podemos encontrar por ejemplo, es la realizada por el Consenso SEEDO'2000 (Sociedad Española para el estudio de la Obesidad) distinguiendo más puntos de corte.

| Categoría                        | Valores límite del IMC (kg/m <sup>2</sup> ) |
|----------------------------------|---|
| Peso insuficiente                | < 18,5                                      |
| Normopeso                        | 18,5-24,9                                   |
| Sobrepeso grado I                | 25,0-26,9                                   |
| Sobrepeso grado II (preobesidad) | 27,0-29,9                                   |
| Obesidad de tipo I               | 30,0-34,9                                   |
| Obesidad de tipo II              | 35,0-39,9                                   |
| Obesidad de tipo III (mórbida)   | 40,0-49,9                                   |
| Obesidad de tipo IV (extrema)    | >50   |

Figura 1 Criterios SEEDO 2007 para definir la obesidad en grados según el IMC en adultos.

La SEEDO y comités de expertos internacionales aconsejan la utilización del IMC como guía de adiposidad corporal en los estudios hechos adultos(1). Veremos que el IMC tiene ciertas limitaciones que podemos destacar, como la que no tiene en cuenta sexo y edad, que no distingue entre masa grasa y magra y no permite valorar la distribución de la

masa corporal y, por lo tanto, no es posible analizar el riesgo cardiovascular del individuo, que es mayor en caso de que la grasa se localice en el abdomen, además no es un excelente indicador de adiposidad en individuos musculados como deportistas, en ancianos entre otros.

La obesidad facilita el desarrollo de diferentes patologías tales como: la intolerancia a hidratos de carbono y la diabetes (DM) tipo 2, hipertensión arterial (HTA) y dislipemia. Y en conclusión la circunferencia abdominal, predispone a enfermedades crónicas.

### 1.1.2. Evolución y situación de la epidemia de la obesidad.

Aunque la obesidad es el problema nutricional más prevalente, existe una limitada efectividad de los métodos utilizados para su tratamiento, por lo que el enfoque preventivo resulta indispensable. Se trata de un problema multifactorial el cual depende de cuestiones fisiológicas, psicológicas, sociológicas antropológicas y culturales, pero realmente sabemos poco referente a las causas de componente genético. A excepción de los casos específicos de la obesidad procedente de causas genéticas, la proporción de los cambios genéticos a nivel de la población no basta para dar una explicación al rápido aumento de las tasas de obesidad. Algunos estudios nos plantean que tienen tendencia a tener raíces complejas(2,3) otros nos hablan sobre los obesogenos o disruptores endocrinos ambientales sobre la obesidad(4,5), en que a través de trabajos recientes aluden que varios cambios en el entorno químico en los últimos años, pueden ser un factor importante en la mencionada epidemia mundial. Philosophical transactions of the Royal Society of London(6) achacan las tendencias principalmente a la expansión del sistema alimentario mundial y su éxito en la comercialización, el procesamiento de alimentos, en el suministro de alimentos disponibles y asequibles.

En sintonía con(7) podemos observar a lo largo de la historia que el síndrome de la obesidad y el sobrepeso ha variado de una época a otra. En diferentes culturas estuvo ligada con el atractivo físico, fuerza y fertilidad. Aunque el primero en identificar la

obesidad como un riesgo para la salud fue Hipócrates, quien afirmó que la muerte súbita era más frecuente en una persona obesa que en el delgado, y recomendó algunas medidas terapéuticas.

Se trata entonces de un importante problema de salud que acompaña al hombre desde sus inicios.

En la actualidad el cambio observado en las últimas décadas en los hábitos de comer, con la introducción de alimentos que aportan muchas calorías, a base de grasas y azúcares refinados, contribuye al desarrollo de sobrepeso y obesidad desde la niñez. La causa subyacente es un balance energético positivo (es decir cuando las calorías consumidas exceden las calorías que se gastan).

Según Kirk(8)....“...Probablemente la obesidad sea el resultado del desajuste entre un material genético proclive al almacenamiento de energía y un ambiente que ha cambiado drásticamente de ser limitado en la ingesta y con un alto nivel de gasto energético a otro en el que la disponibilidad de alimento es prácticamente limitada y en la que el gasto es progresivamente menor” .

### 1.1.3 La influencia de la alimentación (sus diferentes aspectos) en la genesis y control de la obesidad.

Hay evidencias disponibles sobre la influencia que tiene la alimentación en la genesis de la obesidad.

La ingesta calórica, y la restricción calórica constituyen la piedra angular en el tratamiento de la obesidad. El mecanismo final que conduce a la acumulación de energía en forma de tejido graso, y por lo tanto a la obesidad, se deriva de un balance calórico positivo, según el cual la entrada de calorías supera al gasto energético.

La ingesta calórica viene representada por la ingesta de alimentos. El gasto energético se reparte en tres apartados: gasto energético en reposo, actividad física y termogénesis. Sin embargo los elementos que regulan los componentes de la ecuación son muy numerosos y en gran parte desconocidos.



El tratamiento de la obesidad se dirige a obtener un equilibrio en la ecuación energética a favor del gasto calórico, de modo que el resultado final se traduzca en un balance negativo que favorezca la reducción del exceso del tejido adiposo que caracteriza a la condición clínica.

#### 1.1.4 Epidemiología descriptiva mundial

Según la OMS, en 2005 había en todo el mundo 1.600 millones de personas mayores de 15 años y 20 millones de menores de cinco años con SP y 400 millones de personas con OB. Se calcula que en el año 2015 habrá más de 700 millones de personas adultas con OB y unos 2.300 millones con SP y. La prevalencia del SP-OB está experimentando un aumento en las últimas décadas(9). La misma organización estima que cada año mueren al menos 2,8 millones de personas a causa de esta enfermedad(10) En la actualidad el 65% de la población mundial viven en países donde el sobrepeso y la obesidad son responsables de más fallecimientos que la desnutrición(11). En 2010 cerca de cuarenta y tres millones de niños menores de cinco años en el mundo tenían sobrepeso.

En la región de Europa, Región del Mediterráneo oriental, y la región de las Américas de la OMS, más de la mitad de las mujeres presentan sobrepeso. Las poblaciones de ingresos medios altos se observa una mayor prevalencia en lactantes y niños obesos, mientras que el mayor aumento del sobrepeso es detectado en grupos de ingresos medios.

Como podremos ver más adelante, los datos de estudios que se realizaron en EEUU por National Health and Nutrition (NHANES)(12), para estimar la prevalencia de la obesidad adulta del 2009-2010 y comparar la obesidad del adulto y de la distribución del IMC con los datos de 1999 a 2010, evidencian que la prevalencia en obesidad fue del 35, 8% en mujeres adultas, y del 35,5% entre los varones, no se obtuvieron cambios significativos en comparación de los años 2003-2008.

Este estudio se realizó con población civil desde el 1999 al 2010 en ciclos de dos años, como ya hemos dicho superando el 30% en la mayoría de grupos en sexo y edad, y el cual aumento durante el lapso de 12 años, para las mujeres y varones hispanos/nos y afroamericanos, pero no para las mujeres en general. En conclusión nos dice que no se

diferencian estadísticamente entre hombres y mujeres entre los años 2009-2010 y 2003-2008 es decir que no se hallaron cambios significativos en comparación y parece ser que el crecimiento está disminuyéndose o estabilizándose.

En el 2012 la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) nos da a conocer estos datos relevantes(13), al menos una de cada dos personas tiene sobrepeso u obesidad en más de la mitad de los países de la OCDE. El promedio de obesidad de las naciones OCDE se ubica en un 22%, mientras que la prevalencia de sobrepeso varía casi diez veces entre los países estudiados (Japón y Corea con un 4%, y Estados Unidos y México con un 36%). Se prevé que esta tendencia siga en aumento y en algunos países dos de cada tres personas tendrían obesidad dentro de diez años. El ranking es encabezado por Grecia, Estados Unidos, Italia, México, Nueva Zelanda y Chile. Los últimos datos muestran una desaceleración de la epidemia en varios países, con las prácticamente estable tasas de Corea, Suiza, Hungría e Inglaterra en los últimos diez años, y un leve incremento en Francia y España. Sin embargo, los mayores incrementos se registraron en Irlanda, Canadá y los Estados Unidos.

#### 1.1.5 Estadísticas de obesidad de España

Como se podrá ver más adelante, los datos de estudios nacionales instituto nacional de Estadística (INE)(14) y otros como(15–17), evidencian que España es un país con una evolución de la obesidad y el sobrepeso en auge y configurándose como un problema de primer orden en salud

Los resultados de la encuesta Nacional de salud española 2011-2012 demuestran que, la población tiene una tendencia a la obesidad que va en aumento, y que de cada 100 adultos mayores de 18 años, 17% sufren obesidad (18% de los hombres y 16% de las mujeres) y 37% presentan sobrepeso. La obesidad ha ascendido del 7,4% al 17% en los últimos 25 años y se estima que cada 10 niños y adolescentes de 2 a 17 años, dos tiene sobrepeso y uno obesidad, un 27,8%, tiene obesidad o sobrepeso pero hay que decir que desde 1987 este grupo de edad se mantiene estable, relativamente con algunos altibajos.

Estos datos corresponden a 26.502 entrevistas realizadas. Así consideramos que se trata de una muestra lo suficientemente grande como para pensar que estos datos son fiables.

Desde la primera encuesta Nacional de Salud en 1987, la obesidad ha tenido un rápido ascenso y continua así, (más en hombres que en mujeres). En dicho año el 7,4% de la población de 18 años y más tenía un IMC igual o superior a 30  $\text{kg}/\text{m}^2$ , pero en 2012 este porcentaje ha llegado a superar el 17%. Los datos revelan que un 53,7% de la población mayor de edad, padece obesidad o sobrepeso. Y demuestran que es más frecuente a mayor edad, a excepción de los mayores 74 años.

También se refleja su creciente prevalencia según desciende su escala social, en la clase I un 8,9% y en clase VI un 23,7%. Los datos también nos revelan la destacada prevalencia de bajo peso en mujeres de 18 a 24 años (12,4%) en comparación al 4,1 % de los hombres de su misma edad.

Según el estudio de nutrición y riesgo cardiovascular (ENRICA) basado en epidemiología(15) la prevalencia de sobrepeso y obesidad en España en la población adulta 2008-2010 era de un 22,9% y un sobrepeso de un 39,4%.

#### 1.1.6 Estadísticas de obesidad de Cataluña

Para finalizar con los datos epidemiológicos, y centrándonos en nuestra comunidad, Cataluña(18) según la encuesta de salud del 2012, casi la mitad de la población de Cataluña de 18 a 74 años tiene exceso de peso (49,2%), el 57,8% de los hombres y el 40,4% de las mujeres, según datos declarados de peso y talla.

El exceso de peso incluye las situaciones de sobrepeso y de obesidad. El 35,4% de la población catalana de 18 a 74 años presenta sobrepeso y el 13,9% obesidad. El sobrepeso es más frecuente en los hombres (42,6%) que en las mujeres (27,9%). La distancia se reduce en la obesidad, con valores del 15,2% y del 12,5%, respectivamente.

Datos demuestran que la tendencia global de la prevalencia de exceso de peso desde el 2006 ha sido estable. Y se observa una clara relación entre el exceso de peso y la clase

social o el nivel de estudios. Esta relación es más relevante en el caso de la obesidad. Así, mientras que el 7,7% de la población con estudios universitarios presenta obesidad, el porcentaje crece hasta el 20,7% entre la población con estudios primarios. Entre las mujeres el diferencial es mayor: las mujeres con un nivel de estudios primarios o sin estudios tienen una probabilidad 4 veces superior de presentar obesidad respecto a las mujeres con estudios universitarios.

The American Journal of Preventive Medicine(19) nos da datos sobre un estudio el cual presenta estimaciones de la obesidad en adultos y la prevalencia de la obesidad severa hasta el año 2030. Los pronósticos sugieren que para 2030, el 51% de la población será obesa. El modelo estima una prevalencia de la obesidad mucho menor de 42% y la prevalencia de la obesidad severa de 11%. Si la obesidad se mantuviera en los niveles de 2010, los ahorros combinados de los gastos médicos en las próximas 2 décadas serían 549, 500, 000,000\$ en conclusión: El estudio estima un aumento del 33% en la prevalencia de la obesidad y un aumento del 130% en la prevalencia de la obesidad severa sobre las próximas 2 décadas. Si estas previsiones se confirman, esto va a dificultar aún más los esfuerzos de contención de los costos de atención médica(19).

### 1.1.7 La obesidad como factor de riesgo

#### 1.1.7.1 Etiología/ factores de riesgo

La obesidad tiene una estrecha relación entre los factores de riesgo y las causas que pueden desarrollarla. Diversos autores confirman diferentes causas que condicionaran la obesidad(20,21).

Los factores psicológicos, según estudios afirman que un estado de ansiedad, estrés, depresión, etc. puede llevar a una conducta alimentaria compulsiva. También están los sociales, por todos es conocido que actualmente en las sociedades industrializadas la población se suele seguir una dieta rica en grasas y por lo tanto con un aporte de kilocalorías superior a sus necesidades. Hay fármacos que resultan ser determinantes para la obesidad, como pueden ser los glucocorticoides, los antidepresivos tricíclicos y los estrógenos (anticonceptivos) son los fármacos más directamente relacionados con el aumento de peso. En los factores fisiológicos, los cambios naturales del ser humano

en la trayectoria de su vida (embarazo, menarquia, lactancia, etc.) producen cambios en la estructura y peso de la persona. Otras patologías tipo enfermedades de ovario poliquístico, el síndrome de Cushing, el hipotiroidismo, el hipogonadismo, el síndrome de Stein-Leventhal, el síndrome de Laurence-Moon-Bield, el síndrome de Carpenter, el síndrome de Summit, el síndrome de Cohen, la acromegalia, el síndrome de Prader-Willi o la bulimia suelen cursar con obesidad, aunque este grupo de enfermedades afecta a un porcentaje muy bajo del total de obesos. Los factores genéticos, hay diferentes controversias, ya que con los conocimientos actuales es muy difícil poner en duda que algunas obesidades están escritas en el código genético, aunque parece que este factor aislado no es suficiente para que aumente la reserva grasa, si no se añaden otros. Pero sin lugar a duda los estilos de vida no saludables son la causa inexorable de la obesidad, la cual viene precedida principalmente por malos hábitos nutricionales, falta de ejercicio/actividad e incluso por pocas horas de sueño, es necesario y fundamental el descanso para tener una vida saludable.

#### 1.1.7.2 Complicaciones

La obesidad, además de asociarse a un aumento de la prevalencia de diferentes enfermedades como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares o la dislipemia, es un factor de riesgo independiente, que se asocia a un aumento de mortalidad. Las principales complicaciones asociadas a la obesidad(20):

1. **Enfermedad cardiovascular:** la obesidad por sí sola constituye un factor de riesgo para presentar enfermedades cardiovasculares (enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular cerebral y arterial periférica), a lo que hay que añadir la reciente asociación de otros factores de riesgo como la hipertensión, la diabetes, el aumento de colesterol LDL o la disminución del colesterol HDL. Es importante tener en cuenta, la distribución topográfica de la grasa (abdominal), considerándose un factor de riesgo cardiovascular(22,23).
2. **Hipertensión:** la obesidad constituye un factor de riesgo tanto para su aparición como para su progresión. Aproximadamente el 50% de los hipertensos son

obesos. Algunos estudios han valorado como más efectiva la pérdida de peso que el mantenimiento de una dieta baja en sal(1).

3. **Diabetes:** Son muchos los estudios que relacionan el exceso de peso con un aumento de Diabetes Mellitus no insulino dependiente (DMNID). Estos datos avalan la tesis de que la obesidad es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de la DMNID, hasta tal punto que el riesgo de diabetes aumenta paralelamente al incremento del IMC. Por contra, al disminuir el peso mejoran las cifras de glucemia y se optimiza el comportamiento de la insulina. Estos cambios muchas veces ya se producen con pérdidas moderadas de peso, que oscilan entre un 5 y un 10%(1,22).
4. **Dislipemia:** las personas obesas tienden a presentar concentraciones altas de colesterol total, colesterol LDL (el denominado popularmente colesterol "malo") y triglicéridos, y valores bajos de colesterol HDL (conocido como colesterol "bueno o protector"). Esta tendencia hace que aumente el riesgo de aterogénesis. Al disminuir de peso, los parámetros alterados tienden a normalizarse, descendiendo los triglicéridos y el colesterol LDL, y aumentando el colesterol HDL(24).
5. **Enfermedades digestivas:** los obesos presentan con mayor frecuencia litiasis biliar, esteatosis hepática, hernia de hiato y pancreatitis.
6. **Enfermedades respiratorias:** las personas con un exceso acentuado de peso movilizan menos los pulmones, con la consiguiente reducción del volumen pulmonar. Otra enfermedad relacionada con la obesidad es el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS); presentando hipersomnia diurna, cefalea, falta de concentración e insuficiencia cardíaca. También aumenta la incidencia del asma(25,26).
7. **Alteraciones óseas y articulares:** es lógico pensar que el exceso de peso provoca alteraciones sobre el sistema esquelético, ya que nuestro cuerpo no está diseñado para soportar sobrepesos importantes. La obesidad provoca una

erosión constante sobre la articulación, que degenera con mayor una mayor rapidez y que da como resultado final una artrosis, sobre todo intervertebral, y de la rodilla, cadera y tobillo. En el niño en edad de crecimiento la obesidad puede producir deformidades sobre los huesos. El aspecto positivo de la obesidad es que protege a la mujer de la osteoporosis

8. **Hiperuricemia:** la obesidad se relaciona con un aumento de ácido úrico y éste, a su vez, puede provocar ataques de gota.
9. **Neoplasias** (tumores malignos): la obesidad se asocia a una mayor mortalidad por cáncer de próstata y colorrectal en varones, mientras que en las mujeres la mortalidad se eleva en el cáncer de útero, ovario, endometrio, mama y vesícula biliar(27).
10. **Ginecológicas:** la obesidad puede afectar en la mujer produciéndole metrorragia y amenorrea, así como también infertilidad(27).
11. **Aumento en la mortalidad:** La obesidad, y especialmente la visceral, confiere un aumento del riesgo de morbilidad, no solamente de origen cardiovascular, sino también de otras causas, como es el caso del cáncer o la diabetes y sus complicaciones. Y hay que tener en cuenta que el número de años vividos con obesidad se asocia directamente con el riesgo de mortalidad. Esto debe valorar al estimar la carga sobre la mortalidad(23,28,29).

La obesidad es un importante factor de riesgo de morbilidad de la población siendo bastante resistente a la intervención. Por este motivo, resulta absolutamente crucial su prevención.

#### 1.1.8 La importancia de la alimentación en el paciente sano y los estilos de vida.

La alimentación es decir lo que comemos, (como, cuando, donde, con quien y que frecuencia) es un proceso complejo en el cual intervienen multitud de factores. Alimentarse bien es uno de los caminos más fiables para proteger y mejorar la salud. La nutrición ha jugado y juega un papel importante en nuestra vida.

Se ha de diferenciar(30):

Alimentación: proceso mediante el cual obtenemos del mundo exterior una serie de sustancias que aportan materiales que cumplen una función nutritiva en el organismo.

Nutrición: conjunto de procesos mediante los cuales el ser humano ingiere, absorbe, transforma y utiliza sustancias que se encuentran en los alimentos; con el objetivo de suministrar energía para el organismo, aporta materiales para la formación, y reparación crecimiento de las estructuras corporales, suministrar los elementos necesarios para regular los procesos metabólicos y reducir el riesgo de algunas enfermedades.

Dieta: conjunto y cantidades de alimentos o mezclas que se consumen habitualmente, las cuales también pueden hacer referencia al régimen que en determinadas circunstancias hacen personas no sanas.

#### 1.1.9 Qué entendemos por dieta mediterránea?

El estilo de vida mediterráneo es un factor protector cardiovascular y no solo se refiere a la alimentación, sino que conlleva una forma de ver la vida, el trabajo, el ocio, las relaciones socio-familiares, la efectividad, etc. distinta a los de los países nórdicos. La dieta mediterránea es una herramienta útil en el tratamiento de la obesidad. Esta dieta proporciona beneficios nutricionales ampliamente reconocidos, es compatible, y se puede seguir a largo término. Ayudando a una pérdida de peso más estable. Se caracteriza en ser rica en alimentos de origen vegetal, como frutas, verduras y hortalizas, pan, pastas, cereales, legumbres y frutos secos, que incluye como principal fuente de grasa el aceite de oliva, junto con un consumo moderado de lácteos, pescados, aves, huevos, así como una baja ingesta de carne roja(31).

También debemos aconsejar la práctica de ejercicio físico de forma individualizada según condiciones basales de nuestro paciente, gustos y disponibilidad de recursos.

Debemos ser conscientes que la cumplimentación de las medidas higiénico-dietéticas por parte de los pacientes es muy escasa. Se habla de que solo un 10-15% de los



pacientes cumplen de forma correcta las recomendaciones de este tipo que se les da. Esa falta de cumplimiento no debe frustrarnos como clínicos, sino, más bien, nos debe estimular a poner en práctica técnicas de Terapia Conductual (TC) y emplear la “Entrevista motivacional” con nuestros pacientes, que tan buenos resultados da en la deshabituación del alcohol y el tabaco. Este tipo de entrevista se basa en la empatía, la autorreflexión, está centrada en el paciente, ayuda a explorar las circunstancias del paciente y a resolver ambivalencias, facilita que el paciente desee el cambio, en vez de “imponérselo” el profesional y potencia la percepción de eficacia ante los progresos que se vayan obteniendo. La dieta mediterránea ofrece a los pacientes con una dieta establecida sobre los beneficios nutricionales ampliamente reconocidos, adecuados a su vida social y cotidiana, y que se puede seguir fácilmente en el largo plazo. Por estas razones, la dieta mediterránea ayuda a prolongar tanto el tratamiento y los períodos de mantenimiento y por lo tanto contribuye a una pérdida de peso más estable(31).

#### 1.1.10 Medidas dietéticas

##### 1.1.10.1 Consejos dietéticos en pacientes con obesidad

Como he dicho anteriormente una dieta adecuada supone un pilar básico en el tratamiento de estos sujetos.

- Elegir alimentos con poca grasa.
- Reducir el consumo de azúcar
- Repartir la dieta en 5-6 comidas al día.
- No alternar periodos de ayuno con comidas abundantes.
- No picar entre comidas.
- Comer sentado, despacio y masticando muy bien los alimentos (bocados pequeños y con pequeñas cantidades, entre bocados dejar los cubiertos sobre la mesa).
- Comer en un lugar concreto, sin caminar, en lugares improvisados o de paso.

- Durante la comida no leer ni ver la televisión.
- Disminuir el consumo de carnes rojas y aumentar el de pescados.
- Consumir verduras y hortalizas en abundancia.
- Consumir de 2-3 raciones de fruta al día. Evitar aquellas con abundante contenido de azúcares: plátano, uva, higo, cereza, níspero, chirimoya.
- Beber abundante agua, entre 1.5 y 2 litros al día.
- Evitar o limitar el consumo de alimentos fritos o cocinados con excesiva grasa.
- Esconder o no comprar alimentos ricos en calorías.
- Tener a mano tentempiés más saludables: verduras, frutas.

#### 1.1.11 Ejercicio físico como influye en nuestra salud?

El ejercicio físico realizado habitualmente también produce una mayor sensación de bienestar general. Mejora la autoestima, controla la ansiedad y disminuye el estrés. También estimula la formación ósea e inhibe la pérdida de hueso, disminuye el riesgo de padecer enfermedades degenerativas, y, además, facilita el desgaste de energía, y por lo tanto ayuda a la reducción de peso, que previene a la aparición de enfermedades crónicas.

##### 1.1.11.1 Ejercicio físico

Muchos son los estudios que demuestran los beneficios de la actividad física sobre la salud, cuando se practica habitualmente, esta es una de las medidas que más nos puede ayudar a mejorar la esperanza y calidad de vida. Además se relacionan con una menor incidencia de los factores de riesgo del desarrollo de la enfermedad así como la mejora de la misma una vez ya instaurada. No solo es importante para la prevención de la enfermedad y el restablecimiento de la salud sino que es un pilar fundamental para el aumento de la calidad de vida(32).

A través del ejercicio regular se mejora el balance calórico y se disminuye la obesidad. Así que junto con el control dietético es fundamental para el tratamiento del paciente obeso, este grupo debe sobre todo incrementar su gasto energético.

Debemos diferenciar y aclarar algunos conceptos(33):

- Condición Física relacionada con la Salud: esta definida por la resistencia cardiorespiratoria, la fuerza, la flexibilidad y la resistencia muscular
- Condición Física relacionada con el Rendimiento: además de los factores relacionados con la salud incorpora velocidad, equilibrio, potencia, coordinación.
- Actividad Física: movimiento corporal producido por la musculatura esquelética que genera un gasto energético, puede categorizarse como: Ocupacional, Práctica de deporte, Tareas caseras y Otros
- Ejercicio Físico: es un subgrupo de la Actividad Física pero debe ser planificada, estructurada y repetitiva y tiene como objetivo incrementar o mantener la forma física del individuo
- Deporte: es la realización de un ejercicio físico sometido a unas reglas encaminado a la competición.

Tan importante es el ejercicio que uno de los objetivos del plan de salud de Cataluña 2011-2015 es incrementar en un 10% la proporción de personas que siguen las recomendaciones de actividad física saludable (al menos 150 min/semana de actividad física moderada o 75 min/semana de actividad física intensa o alguna combinación equivalente en personas adultas)(18).

El ejercicio físico ha de ser adecuado para aquel que la realiza y ha de estar en sintonía con la condición física de la persona. Se han de respetar los criterios de cantidad (frecuencia semanal y duración de cada una de ellas) y criterios de calidad (elección de la actividad, regularidad y la intensidad del esfuerzo). Se debe empezar lentamente aumentándolo lentamente y de manera gradual. Se pueden hacer sesiones intermitentes o únicas. Los cambios de estilo de vida son muy importantes, debemos ir siempre al trabajo andando si se puede, subir o bajar por las escaleras y disminuir el sedentarismo(34).

La frecuencia que se recomienda en pacientes obesos es diaria para optimizar el resultado de la actividad física junto con el control de peso.

Se ha fijado que para la obtención de resultados beneficiosos se han de realizar un mínimo de tres sesiones semanales en días no consecutivos, de una duración entre 30-40 min, y su intensidad dependerá de la condición de cada persona, los mejores beneficios se obtienen a partir de frecuencias cardíacas entre el 60% y el 85% de la frecuencia cardíaca máxima en el adulto con buena capacidad funcional.

Debemos realizar una valoración clínica de la persona a la que se va a prescribir ejercicio físico, porque a pesar de todos sus beneficios no está exento de riesgos.

Muchos profesionales refieren que no es necesario realizar ningún tipo de examen previo del estado de salud, en personas sanas menores de 35 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. Pero en caso de realizarla preguntaremos, antecedentes familiares, antecedentes personales, anamnesis cardiovascular, exploración física, exploraciones complementarias.

A su vez realizaremos una valoración de la actividad física. Para evaluarla se utiliza un cuestionario.

#### 1.1.10.2 Sedentarismo y beneficios de la actividad física

Decimos que una persona independiente es sedentaria cuando no logra realizar en su actividad diaria las recomendaciones mínimas de ejercicio físico, necesarias para conservar un estado cardiosaludable. Hoy en día diversas evidencias científicas nos demuestran los beneficios de la actividad física, disminuye la mortalidad total y cardiovascular, obesidad, HTA, Diabetes no insulino dependiente y diversas enfermedades cardiovasculares(35).

#### 1.1.11.3 Sedentarismo: un problema de salud pública mundial

La OMS nos da datos que al menos un 60% de la población mundial no hace ejercicio de manera habitual. Esto es consecuencia a de las escasas actividades físicas que se realizan tanto en el tiempo de ocio como durante las tareas laborales y domésticas, en los que

se ha detectado un creciente desarrollo de comportamientos sedentarios mientras realizamos tales tareas(36).

#### 1.1.11.4 Causas del sedentarismo.

En prácticamente la mayoría de los países en vías de desarrollo o desarrollados se observan altos niveles de inactividad física. En los países desarrollados, las personas adultas no tienen en su vida diaria una suficiente actividad física. A su vez el desarrollo en las grandes ciudades nos ha aportado también una gran inactividad, lo cual supone un problema aún mayor. Y del mismo modo la rápida urbanización ha generado factores ambientales que desaniman a la práctica de la actividad física, estos son la superpoblación, mayor tráfico, mala calidad del aire, aumento de la pobreza, aumento de la criminalidad, e inexistencia de parques, aceras e instalaciones deportivas y recreativas(37).

Por lo tanto el sedentarismo supone un gran problema de salud pública en la gran mayoría de los países. Es necesario adoptar medidas urgentes y eficaces para la mejora de la actividad física de todas las poblaciones.

De acuerdo con la OMS refiere que la evolución mundial de la actividad física es potencialmente alarmante en determinadas poblaciones de alto riesgo, como mujeres, jóvenes y adultos mayores. Por eso la importancia de que los estados miembros tengan en cuenta las necesidades de estos grupos de población, para a la hora del desarrollo y la aplicación en la aplicación de iniciativas como “por tu salud, muévete”.

#### 1.1.11.5 Prescripción de ejercicio físico

La prescripción del ejercicio físico en adultos aparentemente sanos tendrá una serie de recomendaciones estándar y estas serán(38):

Tipo de actividad:

-Si se trata de adultos jóvenes es preferible motivarlos en la práctica de algún deporte, ya que obtendrán un mayor disfrute de la actividad física y mejor adherencia.

-Los mayores de 30-35 años el tipo de ejercicio a realizar ha de ser aeróbico, pudiendo realizar actividades tales como (caminar, correr a ritmo lento o moderado, montar en bicicleta, jugar al golf, montar a caballo, etc...)

Frecuencia de las sesiones entre 3-7 días. Si no se practica diariamente eran en días no consecutivos.

-Podrán alcanzar intensidades máximas o muy próximas a la máxima.

-Informarles sobre los signos y síntomas de alarma durante la práctica del ejercicio.

#### 1.1.11.6 Adulto con factor de riesgo

Las recomendaciones en los adultos serán:

- Tipo de ejercicio: La mayoría serán mayores de 35 años, por lo que se aconsejara ejercicio físico y no deporte. Los ejercicios recomendados son los aeróbicos.
- Duración. Muy parecida a la indicada al adulto sano, 30 minutos para natación o carrera y 60 para marcha o ciclismo. La diferencia está que a estos se les aconseja durante las primeras sesiones de ejercicio periodos de descanso.
- Frecuencia entre 3-7 días semana. Se realizara días alternos si no se hace diariamente.
- Intensidad: en este grupo se ha de limitar la intensidad del esfuerzo.
- Informaremos sobre los signos y síntomas de alarma durante la práctica del ejercicio.

#### 1.1.11.7 Prescripción de ejercicio físico y obesidad.

El objetivo de este es el aumento del gasto calórico y se aconsejan ejercicios aeróbicos con el que se pueda producir un gasto al menos de 200-300 Kcal/sesión.

Tabla nº1

| Edad | Latidos/Min Recomendables | Latidos /Min Maximos (100%) |
|------|---------------------------|-----------------------------|
| 20   | 100-150                   | 200                         |
| 25   | 98-146                    | 195                         |
| 30   | 95-142                    | 190                         |
| 35   | 93-138                    | 185                         |
| 40   | 90-135                    | 180                         |
| 45   | 88-131                    | 175                         |
| 50   | 85-127                    | 170                         |
| 55   | 83-123                    | 165                         |
| 60   | 80-120                    | 160                         |
| 65   | 78-116                    | 155                         |
| 70   | 75-113                    | 150                         |

Se recomienda habitualmente caminar; también se recomiendan otros tipos de ejercicios que reducen el trauma articular como pueden ser el remo, natación o ejercicios acuáticos y subir escaleras. En la fase inicial del programa, el intervalo de FC recomendada ha de estar por debajo o en su extremo inferior. E ir lo ajustando poco a poco la intensidad del programa inicial de ejercicio hasta llegar a la FC recomendada para adultos sanos(38).

En la tabla nº 1 se registran las frecuencias cardiacas recomendables y máximas para la intensidad del ejercicio físico, dependiendo de la edad del sujeto y sin que exista patología que contraindique dicho ejercicio.

Diremos que el ejercicio físico influye positivamente en el estado de salud de las personas, generando amplios beneficios. Es necesario el fomento de estilos de vida saludables en la práctica de actividad física



## 1.2 Justificación

Los importantes cambios que se han producido en las sociedades desarrolladas han afectado a nuestros estilos de vida, y entre ellos a los alimentarios y a los relacionados con el ejercicio físico. A pesar del conocimiento y la información que existe de la obesidad, y sus repercusiones, continúan aumentando las cifras y sus derivadas complicaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe sobre la salud en el mundo de 2002, expuso que la alimentación poco saludable y la falta de actividad física son las principales causas de las enfermedades no transmisibles más importantes: cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 y determinados tipos de cáncer, principalmente de próstata, colon y mama.

Por otra parte, una alimentación saludable y ejercicio físico no demasiado exigente pero si habitual puede mejorar la calidad de vida de las personas y ayudar a largo plazo a evitar algunas de las enfermedades con mayores índices de mortalidad como las cardiovasculares y las anteriormente mencionadas.

El rol de la enfermera en la promoción de la salud es muy importante, ya que podemos aportar el empoderamiento de las personas, familias y comunidades, con conocimientos básicos y necesarios para ejercer el autocuidado, o para que los adultos responsables promuevan la salud y puedan prevenir enfermedades.

Después de una revisión de la literatura, hemos hallado estudios que evalúan la efectividad de programas de intervención en dieta y ejercicio físico, demostrando que las intervenciones educativas grupales disminuyen la obesidad y el sobrepeso promoviendo la modificación de estilos de vida los estilos de vida.

Este es el motivo fundamental que me ha llevado a elegir el tema del trabajo de fin de grado dirigiendo la atención a la evaluación un programa de intervención en población adulta con sobrepeso y obesidad para potenciar hábitos saludables en dieta y ejercicio, que paso a argumentar en los siguientes apartados:

Se han llevado a cabo numerosos trabajos en los que se hace evidente la alta prevalencia de obesidad y sobrepeso y en muchos se asocian a los malos hábitos y estilos de vida y la necesidad de establecer programas de intervención para paliar estos efectos. Así que creo que es necesario que se efectuara un programa de intervención de estas características, el cual ayudaría a prevenir y mejorar la salud a través de los hábitos saludables.

A través de este programa quiero realizar un estudio para valorar la adherencia al ejercicio físico en personas sedentarias, y la adquisición de hábitos saludables, ya que mediante ellos se puede obtener una mejora de la salud.

Además, esta intervención ayudara a una reducción del consumo de recursos sanitarios y una disminución de la mortalidad.

Objetivo

## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivo general

Evaluar un programa de intervención en materia de actividad física y hábitos saludables en adultos sedentarios, entre 18-50 años que tengan sobrepeso.

### 2.2 Los objetivos específicos del programa son:

- Evaluar la relación entre el cumplimiento de la DM, la realización rutinaria del ejercicio físico y los parámetros asociados con peso, talla, índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia abdominal (CA), circunferencia de cadera (CC) y relación cintura cadera (RCC) en pacientes atendidos en atención primaria.
- Conseguir una reducción del 5-10% del peso basal a los 6 meses en edades comprendidas entre 18 y 50 años.
- Conseguir que un 75% de los pacientes inscritos en el programa hagan una variación estadísticamente significativa en la actividad física.
- Conseguir que un 75% de los pacientes inscritos en el programa hagan una variación estadísticamente significativa en la adherencia a la dieta mediterránea.

### 3. Metodología

#### 3.1 Metodología de la búsqueda.

Se ha realizado una revisión de trabajos originales para determinar la asociación entre los hábitos saludables, la dieta mediterránea y el ejercicio físico sus efectos sobre una patología tan importante como es la obesidad y el sobrepeso.

Este trabajo se centrado principalmente en revisar la literatura de la Obesidad (OB) y Sobrepeso (SO) en personas adultas además de todo lo relacionado con la dieta mediterránea y el ejercicio físico, sedentarismo. He realizado una búsqueda de artículos, publicados entre el 2008 al 2014, y a partir de las Bases de Datos CUIDEN, DIALNET, PUBMED, CINAHL, SCIELO, SCOPUS, a través de palabras clave como (obesidad y sobrepeso en adultos, dieta, dieta mediterránea, ejercicio físico).

Las búsquedas manuales se realizaron en el catálogo de libros de la Universitat de Lleida UDL, con las mismas palabras clave que en las bases de datos. La búsqueda ha dado a un número importante de artículos en inglés cuales se ha hecho una selección, para la elaboración de este trabajo. Aunque la búsqueda se ha realizado desde el año 2008, en algún caso por el interés de alguna referencia bibliográfica se ha revisado algún artículo de fecha anterior, seleccionando los referidos a la bibliografía.

Han sido consultados también protocolos de obesidad, y guías clínicas. Las referencias bibliográficas han sido almacenadas y citadas a través del programa informático Mendely.

#### 3.2 Cronograma

| Proceso   | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo |
|---|---------|-----------|-----------|-------|---------|-------|-------|------|
| Busqueda de información y elaboración del marco teórico |         |           |           |       |         |       |       |      |
| Justificación del tema                                  |         |           |           |       |         |       |       |      |
| Definición de los objetivos                             |         |           |           |       |         |       |       |      |
| Definición de la metodología                            |         |           |           |       |         |       |       |      |
| Trabajo de campo. recogida de datos                     |         |           |           |       |         |       |       |      |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Análisis y discusión de los resultados. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Conclusiones y propuesta del programa   |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 3.3. Aspectos éticos y legales

El uso de la información necesaria para la realización de este trabajo de investigación se encuentra sujeto al desarrollo legal contenido en la Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal que enmarca las condiciones y características de uso de la información de carácter personal para fines científicos por parte de investigadores e Instituciones(39).

### 3.4 Población diana

La población diana serán usuarios del centro de atención primaria de ambos sexos, en edades comprendidas entre 18 y 50 años, n=134.

### 3.5 Profesionales a los que va dirigido.

Los profesionales a los que va dirigido este programa es para enfermeras de atención primaria.

### 3.6 Criterios de selección

A la hora de seleccionar las publicaciones se han tenido en cuenta los siguientes criterios:

1. Que proporcionen indicadores cuantificables de impacto en los hábitos saludables (dieta mediterránea y ejercicio) versus la obesidad;
2. Que utilicen una metodología científica adecuada mediante los procedimientos estadísticos necesarios;
3. Que haya un grupo de control.

### 3.7 Ámbito:

Centro de atención Primaria (CAP), Balàfia-Pardinyes (Lleida).

Criterios de inclusión:

- La población diana serán usuarios del centro de atención primaria del área Balafia-Pardinyes (Lleida), de sexo femenino y masculino, en edades comprendidas entre 18 y 50 años, ambos incluidos, que presenten un sobrepeso.

- Que sean insuficientemente activos, y que según la valoración en la escala Brief Physical Activity Assessment Tool (BPAAT) tengan una puntuación entre un 0-3.
- Que no tengan ninguna contraindicación identificada para la práctica del ejercicio físico saludable.
- Pacientes que estén dispuestos a seguir las pautas de DME y actividad física, que se establecerán en el proyecto.
- Que este en la fase de contemplación o preparación de Prochaska respecto a la práctica de actividad física y dieta.
- Que tengan una baja adherencia a la dieta mediterránea (< 9 puntos en el test de adherencia a la dieta mediterránea).

#### Criterios de exclusión:

- Tener alguna enfermedad esté contraindicada para la práctica de ejercicio físico (P. ej. Limitación motora) o la realización de alguna prueba de esfuerzo.
- Tener alguna patología crónica descompensada (diabetes glicemias superiores a 250 mg/dl i cetosis i en los hipertensos que presenten cifras tensionales superiores PAS (presión arterial sistólica) 200 mmHG y PAD (presión arterial diastólica) 115 mmHg.
- Presentar alguna de estas afectaciones: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y/o Insuficiencia Cardíaca (IC)
- Presentar algún criterio de prevención secundaria: microalbuminuria o enfermedad renal, hipertrofia ventricular izquierda y que no hayan sufrido ningún episodio isquémico en el área coronaria o en cualquier ámbito vascular.
- Presentar trastorno de conducta alimentaria, embarazo, enfermedad mental severa; enfermedad oncológica en tratamiento diagnosticada en los últimos 5 años; pacientes en situación terminal.

#### **Selección de participantes:**

Primeramente realizaré una prueba piloto para la cual escogeré un grupo de características iguales a las establecidas en los criterios de inclusión y exclusión, estos pacientes serán pacientes con obesidad, y luego no formarán parte del estudio. La finalidad de esta prueba piloto es valorar las posibles incidencias no

previstas en el desarrollo del programa y realizar así las actividades oportunas. Realizaremos una selección aleatoria, y cojeremos la totalidad de los pacientes con diagnóstico de sobrepeso, excepto el grupo piloto que tendrá el diagnóstico de obesidad.

La captación se realizará mediante la revisión de la historia clínica de atención primaria (HCAP), se hará un listado de usuarios que tengan diagnóstico de sobrepeso, según edad y sexo, respetando los criterios de inclusión y exclusión.

Dentro de la HCAP en la pantalla de condicionantes y problemas de salud, debe constar el código 63.5 y en esta pantalla no deben haber ninguno de los diagnósticos médicos identificados en los criterios de exclusión como son: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y/o Insuficiencia Cardíaca (IC), microalbuminuria o enfermedad renal, hipertrofia ventricular izquierda, isquemia coronaria o en cualquier ámbito vascular o enfermedad oncológica.

A partir de aquí elaboraremos un listado donde consten los nombres y los números de teléfono. La llamada de teléfono constara de las siguientes partes:

- Presentación.
- Explicaremos el motivo de la llamada.
- Informar de las bases del programa.
- Preguntaremos si está interesado en participar.
- Si acepta, haremos que manifiesten verbalmente el interés por seguir con las pautas de DME y actividad física, con esto consideraremos que nos ha dado su autorización verbal para incluirlo en el programa. Con esto nos otorga su consentimiento de acuerdo a las indicaciones del Comité de Ética e Investigación Clínica.
- Después lo citaremos para la primera visita.

### Analisis de los datos

La fase descriptiva.

- La medida de frecuencia del estudio fue la prevalencia.
- Las variables cuantitativas se presentara a través de la media aritmética y la desviación estándar.



- Todas las estimaciones serán acompañadas del correspondiente intervalo de confianza de 95% (crear una parrilla de datos Excel para el programa)

Fase analítica.

- Se realizará la comparación test-retest (antes-después) abordándola por datos independientes como para datos apareados.  
(En los datos independientes) En el primer abordaje se utiliza la prueba del ji cuadrado, y en el segundo abordaje (datos apareados) la prueba de N/C Nemar.
- El análisis se realizará con el programa PASW versión 18 y el nivel de significación afectada será de  $p < 0,05$
- Se efectuará una hoja de Excel prevista para vaciar en el programa.



### 3.1 Cronograma.

| Proceso                                    | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio |
|--|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-------|-------|------|-------|
| Hacer lista de pacientes                   |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| Preparación del material para los talleres |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| Contacto telef. y Citar participantes      |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| 1ª visita grupo piloto y grupo control     |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| 1ª sesión talleres grupo piloto            |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| Hacer rectificaciones oportunas            |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| 1ª visita individual                       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| Registrar datos                            |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| Creacion/ Mant. Blog                       |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| 1ª Sesión talleres                         |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| Registrar datos                            |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| 2ª Sesión talleres                         |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| Registrar datos                            |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| 3ª Sesión talleres                         |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| Registrar datos                            |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| 4ª Sesión talleres                         |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| Registrar datos                            |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| 1ª visita seguimiento                      |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| Registrar datos                            |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| 2ª visita seguimiento                      |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| Registrar datos                            |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| 3ª visita seguimiento                      |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |
| Registrar datos                            |      |       |       |        |            |         |           |           |       |         |       |       |      |       |



**Definición de las variables utilizadas:**

Se recogerán las siguientes variables: sociodemográficas: sexo (hombre, mujer), edad, nivel educativo. Estilos de vida: tipo de dieta (sigue DM o no la sigue), actividad física (activo o sedentario). Variables antropométricas: peso, talla, índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia abdominal (CA), circunferencia de cadera (CC) y relación cintura cadera (RCC).

**Técnicas de medida de las variables e Instrumentos de medición:**

La información sobre la dieta y actividad física se recogerá mediante cuestionarios validados y la medida del porcentaje de grasa corporal se medirá según la fórmula establecida por la OMS.

**Componentes del estudio**

La estructura del estudio será la siguiente:

- El periodo de duración será de 9 meses de intervención (de mayo 2014 a junio 2015), se harán 4 grupos, los cuales recibirán una intervención guiada de ejercicio físico, asesoramiento y realizarán actividades relacionadas con la dieta mediterránea.
- Valoración final y fin de la intervención en el mes de junio de 2015.
- El análisis y recogida de datos y posterior publicación se realizará a partir del mes de junio 2015.
- Hacer lista de pacientes (1ª semana mes de mayo 2014).
- Contacto telefónico y Citar (2ª a 4ª semana mes de mayo 2014).
- 1ª visita grupo piloto (2ª y 3ª semana mes de mayo 2014).
- 1ª sesión talleres grupo piloto (4ª semana mes de mayo 2014)
- Hacer rectificaciones oportunas (1ª semana mes de junio 2014).
- Contacto telefónico y Citar grupo intervención. (2ª semana mes de junio 2014).
- 1ª visita individual (3ª y 4ª semana mes de junio y todo julio 2014).
- 1ª Sesión talleres (1ª semana de septiembre 2014).
- 2ª Sesión talleres (2ª semana de septiembre 2014).
- 3ª Sesión talleres (3ª semana de septiembre 2014).
- 4ª Sesión talleres (4ª semana de septiembre 2014).

**Evaluación de la intervención.**

Las pruebas de valoración se realizarán en 4 veces y serán individuales:

- 1ª visita seguimiento (1ª semana de octubre 2014).
- 2ª visita seguimiento (1ª semana mes de noviembre 2014)
- 3ª visita seguimiento (1ª semana febrero 2015).
- 4ª visita seguimiento (última semana de mayo 2015).
- Recoger datos y analizarlos (1ª 2ª y 3ª semana de junio 2015)
- Publicación de los resultados en foros científicos (4ª semana de junio 2015).

Se realizarán las siguientes valoraciones:

- Valorar la adiposidad: peso, talla, IMC, perímetro de cintura, perímetro abdominal.
- Valoración de hábitos de actividad física.
- Valoración a la adherencia a la dieta mediterránea.
- Valoración motivacional: test Prochaska(40).
- Encuesta de valoración.

La asistencia a las sesiones ha de ser de un 80% del tiempo planteado

#### **Cómo realizaremos la actividad.**

Realizaremos un registro de los pacientes con diagnóstico de sobrepeso en el CAP de Balafia-Pardinyes (Lleida). Los cuales tiene el diagnóstico codificado con el número E.65.5 que hayan nacido entre el 01/01/1963-31/12/1996.

Diez de estos pacientes serán el grupo control, los cuales serán 5 hombres y 5 mujeres, a los cuales no se les hará ninguna clase grupal, solo asistirán a la primera visita individual.

Otros diez participantes serán el grupo piloto que a estos además de asistir a la visita individual asistirán también a la primera sesión grupal.

Este programa se estructura en 1 consulta individual, 4 sesiones de talleres grupales y 4 consultas de seguimiento, para conseguir el aprendizaje según las características y necesidades individuales de cada paciente. Lo que se quiere conseguir con este doble planteamiento, individual y grupal, es la obtención de una visión global para la transmisión de conocimientos, destrezas, adquisición de habilidades y actitudes para conseguir modificar conductas que nos aporten hábitos saludables.

Creación de un blog con esto conseguiremos el refuerzo de las relaciones profesional-participantes, y mejorara la practica, ya que desde este medio podemos seguir

animando a nuestros participantes, aumentara la difusión de la información generada por el profesional, permitirá acceder a nuevos públicos (pacientes, otros profesionales, administraciones...), y nos servirá para compartir conocimiento.

### **Primera visita**

Esta visita se realizara la entrevista de forma individual, y la centraremos en la obtención de datos necesarios para realizar una valoración global del paciente. Tendrá una duración aproximada de unos 20-40 min. que se modificará si es preciso según la prueba piloto, y se realizaran las siguientes tareas:

- *Rellenar el documento de preinscripción y/o afectación al programa*, Anexo 1
- *Test dieta mediterránea*. Anexo 2
- *Test Brief Physical Activity Assessment Tool (BPAAT)*. Anexo 3
- *Test de Prochaska*, (para determinar el estadio del proceso del cambio), los participantes deberán estar en la fase de precontemplativa-acción para poder acceder al programa. Anexo 4
- *Medidas antropométricas*: peso, talla, índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia abdominal (CA), circunferencia de cadera (CC) y relación cintura cadera (RCC).
- Encuesta de valoración.
- Se entrega diario autoadministrativo de 7 días.

Además se deberá firmar el consentimiento informado.

Los test y documento de preinscripción al programa serán autoadministrados y en su defecto rellenado por el entrevistador.

Con toda esta información recogida, veremos los participantes reales que tendremos y organizaremos los grupos.

Y se les volverá a llamar por teléfono, para la actividad grupal.

### **Primera sesion grupal.**

A partir de aquí ya realizaremos las actividades grupales. Estas se componen de 4 sesiones de educación sanitaria en dieta mediterránea y actividad/ejercicio físico. La formación del grupo se llevara a cabo teniendo en cuenta unas características, la edad entre 18-50, sexo porque evaluaremos hombre y mujeres por separado, y que tengan sobrepeso. Del total de participantes los repartiremos en 4 grupos además tendremos un grupo control formado por 10 personas. Las sesiones se realizarán en semanas

consecutivas y tendrán una duración de 90 minutos cada una. Aplicaremos el método del aprendizaje por descubrimiento(41), o también llamado heurístico, y promueve que el alumno adquiera los conocimientos por sí mismo, de tal modo que el contenido que se va a aprender no se presenta en su forma final, sino que debe ser descubierto por el docente. Se fomentará la expresión de ideas previas, y se promoverá la construcción activa del conocimiento. Para estas sesiones se tratarán unos conocimientos, los cuales adquiriran mediante las clases teóricas se evaluarán mediante la encuesta de valoración y una habilidades que se tomarán mediante los talleres. aumentaremos el contacto con nuestros participantes (los que manejen las redes sociales), de este modo los podremos motivar desde este medio, además Sirve para compartir conocimiento, y permitirá acceder a nuevos públicos (pacientes, otros profesionales, administraciones...).

Necesitaremos recursos materiales como, cinta métrica, báscula, calculadora (IMC), copias de los test: Prochaska, test de DME, encuesta de valoración, test Brief Physical Activity Assessment Tool (BPAAT), y material para los talleres: pirámide de alimentación, básculas de alimentos, alimentos crudos y alimentos cocidos, utensilios de cocina,... Así como un aula o espacio habilitado con retroproyector. Presupuesto para los tres premios del Concurso De Cocina Sana, suficiente para una matrícula para un centro deportivo, durante el año vigente.

Se organizarán de la siguiente manera:

*Figura 2*

| Grupo   | Sesión/Tema | Horario               |
|---------|-------------|-----------------------|
| Grupo 1 | 1ª sesión   | Martes 9 a 10,30 h    |
| Grupo 2 | 1ª sesión   | Martes 12 a 13,30     |
| Grupo 3 | 1ª sesión   | Miércoles 9 a 10,30 h |
| Grupo 4 | 1ª sesión   | Miércoles 12 a 13,30  |

Como ya hemos dicho los talleres costarán de consta de 4 sesiones:

1. Primera sesión. Se realizará la presentación de los talleres, daremos unas nociones básicas de (IMC, perímetro abdominal, factores de riesgo, mitos, publicidad y alimentación: medios de comunicación, supermercados, comidas



basura, comer en familia participando ejercicio en familia, recomendaciones generales sobre la dieta mediterránea), a través de presentación en power point y video. Explicación de las bases del 1º Concurso de Cocina Sana, que se realizará en la última sesión.

2. Segunda sesión: Presentación en power point sobre que es la DME, grupos de alimentos, raciones, equivalencias y medidas caseras, reparto diario. Taller sobre manipulación de alimentos crudos y cocidos para reforzar las raciones y cantidades.
3. Tercera sesión: Ejercicio y actividad física, evidencias y recomendaciones, programación del ejercicio y alarmas. Motivaremos a los participantes a que realicen actividad física según sus características personales. Se les entregará otro diario autoadministrado de 7 días. Invitación de un licenciado en INEF para una demostración práctica.
4. Cuarta sesión: Repaso de todo anterior a través de un power point, dinamización de los grupos para facilitar la resolución de dudas y preguntas, y presentación del plato ideal para el “concurso de cocina sana” y entrega de premios.

### **Seguimiento**

Esta fase se realizará individualmente.

#### ***A la semana:***

- Se les pesará.
- Se les pasará la encuesta de valoración posterior a la intervención.
- Se les cita para la próxima visita que será en un mes.
- Preguntaremos si tiene alguna duda.

#### ***Al mes:***

- Mediremos parámetros antropométricos.
- Se evaluará su motivación (prochaska).
- Se les cita para la próxima visita que será en dos meses.
- Refuerzo educativo y motivacional.
- Resolución de dudas.

#### ***Tercer mes:***

- Mediremos parámetros antropométricos.

- La cita para la próxima visita que será en tres meses.
- Reforzaremos educativo y motivacional.
- Preguntaremos si tiene alguna duda.
- Registraremos el grado de cumplimiento de los resultados esperados.

**Quinto mes:**

Se publicará en el blog las recetas ganadoras del I Concurso de Cocina Sana.

**Seis meses:**

- Mediremos parámetros antropométricos.
- Evaluaremos el grado de los objetivos marcados en el plan y modificación de conductas en el tiempo.
- Haremos refuerzo educativo y motivacional.
- Preguntaremos si tiene alguna duda.
- Rellenarán cuestionarios post-intervención: Test adherencia dieta mediterránea, test actividad física, y la 2ª encuesta de valoración, motivación (prochaska).
- La persona recibe el alta del programa.

**Mecanismo de adherencia al programa**

Los criterios propuestos consistentes en:

- Asistencia a la primera y 4 sesiones grupales del taller y 4 de seguimiento posterior.
- Medición de los parámetros antropométricos, y resultado de los cuestionarios preintervención y post-intervención (tras seis meses de permanencia en el mismo).
- Se confirmará:  
100% asistencia a la sesión individual, y 80% asistencia a la sesión grupal.

## Discusión/resultados

## 4. Discusión/resultados

Teniendo en cuenta los objetivos se diseñó un estudio comparativo antes-después que cumplía con las expectativas de los objetivos propuestos.

Se contará con instrumentos de recogida de datos estandarizados lo que se puede comparar los datos con los de otros estudios nacionales e internacionales, por otra parte habitual en este tipo de estudios(42). También comentar que debido al reducido número de pacientes diagnosticados de SO en el CAP Balafia-Pardinyes (141), trabajaremos con una muestra muy pequeña, que dificultará el análisis estadístico.

No es realista afirmar que se pueden predecir los impactos de un programa de salud con certeza pero si coincidimos con los autores (42), en que la evaluación es absolutamente necesaria y debe utilizarse como una herramienta de gestión para asegurar la utilización adecuada de los recursos y mejorar la estrategias de calidad. Hoy más que nunca tenemos que prestar actuaciones sanitarias en las intervenciones de salud que garanticen la responsabilidad, el coste beneficio y la ética.

Lo que se quiere conseguir con este doble planteamiento, individual y grupal, es la obtención de una visión global para la transmisión de conocimientos, destrezas, adquisición de habilidades y actitudes para conseguir modificar conductas que nos aporten hábitos saludables.

El método del aprendizaje por descubrimiento(41), o también llamado heurístico, y promueve que el alumno adquiera los conocimientos por sí mismo, de tal modo que el contenido que se va a aprender no se presenta en su forma final, sino que debe ser descubierto por el docente. Se fomentará la expresión de ideas previas, y se promoverá la construcción activa del conocimiento.

Al igual que muchos otros autores mi intervención esta basada en la combinación de ejercicio y dieta. El metanálisis de Lara & Amigo, evidencia que este tipo de intervención que es la que tuvo mejores resultados en la disminución de peso, tanto a los seis como a los doce meses de tratamiento. El estudio revela que las personas con exceso de peso respondieron mejor el tratamiento que combina dieta y ejercicio antes que al que intervenía utilizando los componentes de manera separada. Esto se fundamenta en la acción sinérgica que tiene la restricción de la ingesta calórica por parte del tratamiento

dieta terapéutico con el aumento del gasto energético propio del ejercicio físico. Por una parte se demuestra que, intervenciones basadas en dieta y ejercicio producen disminuciones ponderales capaces de reducir los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con exceso de peso(43).

En mi intervención los pacientes han de estar en la fase contemplativa, con el objetivo de llegar al de mantenimiento.

Se ha escogido un grupo de personas entre 18-50 años y creo que mi intervención será exitosa porque he tomado muchas consideraciones a la hora de hacer la selección de la personas para el programa, determinando y especificando exactamente los valores de inclusión, y teniendo en cuenta el nivel de motivación, factor muy importante, además se le va a dar un seguimiento exhaustivo, motivando a los participantes periódicamente, y creo que la creación del blog será otro punto a tener en cuenta en el proceso motivacional. He de decir que no se ha considerado cojer personas mayores de 60 años con exceso de peso de menos de 60 años, ya que según estudios nos demuestran que presentaron modestas pero significativas reducciones de peso, debido a su menor masa muscular, mayor fragilidad física osteoporosis, entre otras morbilidades.

Al analizar los datos separare los resultados por sexo ya que es sabido que los hombres al tener mas masa magra pierden más rápido que las mujeres, que tienen mas masa grasa.

De los 14091 pacientes adultos de edades comprendidas entre 18-50 años que se encuentran registrados en el CAP de Balafia-Pardiñas (Lleida) un 12,72% tiene diagnostico de SO y 41,43% OB. Observamos de este modo que el SO esta infravalorado ya que la prevalencia en Cataluña es de un 35,4%. De igual modo podemos pensar que el diagnostico de OB esta sobrevalorado ya que datos de Cataluña nos indican que hay un 13,9%.

La Versión española del Brief Physical Activity Assessment Tool (BPAAT) es un cuestionario el cual han mostrado ser un instrumento útil para hacer un cribado eficaz de pacientes «inactivos». El tiempo breve de administración (1-2 min) facilita su uso en consulta y los autores concluyen que su diseminación podría resultar en un incremento del número de profesionales que identifican a pacientes inactivos.

Además los resultados obtenidos demuestran que los BPAAT presentan una validez aceptable y permite recomendar su uso en AP, especialmente la versión catalana y española del BPAAT. Constituye un paso importante para mejorar la efectividad de los profesionales en el papel de promocionar AF.

Según(44) concluyen que las etapas de cambio del modelo transteórico y una combinación de actividad física, dieta y otras intervenciones dieron lugar a una pérdida de peso mínima y no hubo pruebas definitivas de pérdida de peso sostenible. La repercusión de las etapas de cambio del modelo transteórico como marco teórico para la pérdida de peso puede depender de la forma en que se utiliza como marco para la intervención y si se utiliza en combinación con otras estrategias como la dieta y las actividades físicas.

Una de las preguntas de la preinscripción era si tenían uso de internet, con el objetivo de crear un blog con esto conseguiremos el refuerzo de las relaciones profesional-participantes, mejorara la práctica ya que desde este medio podemos seguir animando a nuestros participantes, aumentará la difusión de la información generada por el profesional, permitirá acceder a nuevos públicos (pacientes, otros profesionales, administraciones...), y nos servirá para compartir conocimiento.

He añadido una periodicidad de las visitas de acuerdo con otros autores ya que influyen en el control de peso y en AF. Algunos autores señalan que se facilita el control del peso y el cumplimiento al aumentar el número de sesiones del programa. Otros autores creen que debe calificarse como éxito no solo la pérdida *intencional* de un 5-10% del peso inicial sino también la continuidad en el mismo dada la dificultad para mantenerlo si se abandona(45).

Al utilizarse cuestionarios auto administrados pueden haberse sobreestimado o infravalorado los resultados de ingesta energética y práctica de actividad física.

El análisis exhaustivo en el tiempo de comportamiento de los parámetros antropométricos permitirá medir la efectividad de esta intervención.

Con este trabajo lo que pretendo conseguir en mi intervención, potenciar los hábitos de vida saludables, y disminuir la prevalencia de sobrepeso u obesidad, estableciendo metas realistas y estrategias efectivas.

En este programa de intervención se pretende que haya un aumento significativo de conocimientos, de discriminación de riesgos, de cambios de actitud y comportamiento saludable que influyan en la reducción de la OB y el SO.

Con esta intervención mi intención es proteger la salud de este grupo de personas proporcionándoles bienestar mediante la promoción de conductas saludables, a través de dieta y ejercicio, fomentando la educación desarrollada por el profesional de enfermería e impulsando su autocuidado.

Se espera que la actitud saludable y el comportamiento saludable mejoraran después de la intervención, esperando su adherencia a la DME y AF.

Creo que la importancia de la evaluación es esencial en este tipo de programas, para medir si estamos haciendo lo correcto, si es así seguir con ello y sino intentar mejorarlo, para obtener resultados óptimos.

## Conclusiones



## 5.Conclusiones

1. Las principales causas de la obesidad y el sobrepeso son el sedentarismo y la alimentación inadecuada, provocando problemas de elevada magnitud y con graves repercusiones en el estado de salud .
2. Esta intervención se ha abordado desde un punto de vista integral, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas.
3. La dieta mediterránea puede ser una herramienta útil para reducir el peso corporal, especialmente cuando está restringida en energía y asociada con la actividad física, es por este motivo la elección de esta dieta.
4. Con la actividad física regular se mejora el balance calórico y se disminuye la obesidad y el sobrepeso. Así que junto con el control dietético es fundamental para el tratamiento del paciente que padece SO-OB, estos grupos sobre todo debe incrementar su gasto energético.
5. En consonancia con otros autores, Test de Prochaska lo utilizamos para valorar lo más asertivamente posible, en qué etapa del cambio se encuentra el paciente. De esta manera el abordaje será más acertado y se evitarán rechazos, e interpretaciones.
6. La realización de este trabajo me ha servido de gran ayuda para la adquisición de nuevos conocimientos. Gracias a él, he podido profundizar en la búsqueda de evidencia científica, he aprendido a comparar e investigar artículos los cuales me han ayudado a la creación de esta intervención de enfermería, la cual esta enfocada a la solución de este problema de salud.
7. En la actualidad, nuestra profesión debe afrontar diversos temas de salud los cuales pueden ser dificultosos o complejos, y debido a la realización de trabajos para solucionar estos asuntos, la profesión enfermera ha avanzado en campos

como la investigación, planes y proyectos dirigidos a la prevención y tratamiento de problemas de salud. Por todos estos motivos, podemos decir que nuestra profesión día a día se va desarrollando mucho más, llegando a ser más independientes en nuestra área, sin olvidar que formamos parte de un grupo multidisciplinar y es nuestra labor aprender a trabajar en equipo para de esta manera todos en conjunto podamos aportar mayor variedad de conocimientos y criterios específicos de cada profesión y unidos dirigirlos hacia la resolución de la mejor intervención que podamos hacer, de esta manera al tener una visión más global podamos dar unos cuidados con mayor excelencia.

8. Como valoración final podría afirmar que este proyecto puede aportar un gran beneficio en la salud de las personas.

## Bibliografía

## 6. Bibliografía

1. Documento de consenso: obesidad y riesgo cardiovascular | Clínica e Investigación en Arteriosclerosis. Available from: <http://zl.elsevier.es/es/revista/clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15/documento-consenso-obesidad-riesgo-cardiovascular-13051679-articulo-especial-2003>
2. Bellisari A. Evolutionary origins of obesity. *Obes. Rev.* 2008 Mar.;9(2):165–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18257754>
3. Blakemore AIF, Froguel P. Is obesity our genetic legacy? *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2008 Nov;93(11 Suppl 1):S51–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18987270>
4. Janesick A, Blumberg B. Obesogens, stem cells and the developmental programming of obesity. *Int. J. Androl.* 2012 Jun;35(3):437–48. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3358413&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Casals-Casas C, Feige JN, Desvergne B. Interference of pollutants with PPARs: endocrine disruption meets metabolism. *Int. J. Obes. (Lond).* Macmillan Publishers Limited; 2008 Dec;32 Suppl 6(S6):S53–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2008.207>
6. Kearney J. Food consumption trends and drivers. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* 2010 Sep 27;365(1554):2793–807. Available from: <http://rspb.royalsocietypublishing.org/content/365/1554/2793.long>
7. Antiguo EL, Recien MAL. El antiguo mal recién descubierto. 2007;
8. Kirk SFL, Penney TL. The Role of Health Systems in Obesity Management and Prevention: Problems and Paradigm Shifts. *Curr. Obes. Rep.* 2013 Jan.;2:315–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3824563&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
9. OMS asegura que la obesidad ya es epidemia a nivel mundial - DocSalud.com. Available from: <http://www.docsalud.com/articulo/203/oms-asegura-que-la-obesidad-ya-es-epidemia-a-nivel-mundial>
10. OMS | ¿Qué se puede hacer para luchar contra la epidemia de obesidad infantil? World Health Organization; Available from: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what\\_can\\_be\\_done/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what_can_be_done/es/)
11. OMS | Obesidad y sobrepeso. World Health Organization; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

12. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. JAMA. American Medical Association; 2010 Jan 20;303(3):235-41. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=185235>
13. Estadísticas de obesidad 2012 | Instituto Médico Europeo de la Obesidad (IMEO): Noticias, Tratamientos, Balón y Banda Gástricos en WordPress.com. Available from: <http://stopalaobesidad.com/2012/11/08/estadisticas-de-obesidad-2012/>
14. Nacional LE, Sociales S. Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012 Principales resultados -. 2013;1-12.
15. Web de la Estrategia NAOS. Available from: <http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/investigacion/aladino/>
16. Gutiérrez-Fisac JL, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Graciani A, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: the ENRICA study. Obes. Rev. 2012 Apr.;13(4):388-92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22151906>
17. Espa E, Europea E. La salud y sus riesgos. 2012;1-7.
18. Catalunya 2012 Informe dels principals resultats. 2013;1-64.
19. Finkelstein EA, Khavjou OA, Thompson H, Trogdon JG, Pan L, Sherry B, et al. Obesity and severe obesity forecasts through 2030. Am. J. Prev. Med. Elsevier; 2012 Jun 1;42(6):563-70. Available from: [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(12\)00146-8/abstract](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(12)00146-8/abstract)
20. Martínez J, Moreno M, Marques-Lopes I, Martí A. Causas de obesidad. An. Sist. Sanit. Navar. 2009. p. 17-27. Available from: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5465>
21. López Morales JL, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. [Towards a comprehensive integration of obesity from an interdisciplinary perspective]. Nutr. Hosp. Aula Médica Ediciones;27(6):1810-6. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
22. Obesidad y corazón | Revista Española de Cardiología. Available from: <http://www.revespcardiolog.org/es/obesidad-corazon/articulo/13191034/>
23. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. Available from: [http://www.who.int/choice/publications/Obesity\\_Lancet.pdf](http://www.who.int/choice/publications/Obesity_Lancet.pdf)

24. Obesidad y síndrome metabólico | Endocrinología y Nutrición. Available from: <http://zl.elsevier.es/es/revista/endocrinologia-nutricion-12/obesidad-sindrome-metabolico-13079437-47-congreso-nacional-seen-2005>
25. Rabec C, de Lucas Ramos P, Veale D. Complicaciones respiratorias de la obesidad. Arch. Bronconeumol. 2011;47(5):252–61. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289611000494>
26. Barranco P, Delgado J, Gallego LT, Bobolea I, Pedrosa M., García de Lorenzo A, et al. Asma, obesidad y dieta. Nutr. Hosp. Aula Médica Ediciones;27(1):138–45. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=eng](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=eng)
27. Obesidad en el Mundo y su Efecto en la Salud de la Mujer. Available from: [http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/May2011\\_ChescheirCES\\_Translation.pdf](http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/May2011_ChescheirCES_Translation.pdf)
28. Abdullah A, Wolfe R, Stoelwinder JU, de Courten M, Stevenson C, Walls HL, et al. The number of years lived with obesity and the risk of all-cause and cause-specific mortality. Int. J. Epidemiol. 2011 Aug 1;40(4):985–96. Available from: <http://ije.oxfordjournals.org/content/40/4/985.full?sid=cf7ff66f-563d-40de-a21b-8ada7d100426>
29. De las enfermedades no transmisibles 2010 de las enfermedades no transmisibles. 2010;
30. Madrid RAE. Diccionario de la lengua castellana compuesto por la Real Academia Española, reducido a un tomo para su más fácil uso (Google eBook). por D. Joachin Ibarra; 1783. p. 974. Available from: <http://books.google.com/books?id=yeQzJl-KdIIC&pgis=1>
31. Casariego AV. Tratamiento dietético de la obesidad: Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo (Google eBook) [Internet]. Ediciones Díaz de Santos; 2012. p. 13. Available from: [http://books.google.com/books?id=\\_TFMOMbdBUMC&pgis=1](http://books.google.com/books?id=_TFMOMbdBUMC&pgis=1)
32. OMS | Inactividad física: un problema de salud pública mundial. World Health Organization; Available from: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_inactivity/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/)
33. ¿Sabemos prescribir ejercicio físico? ~ Enfermero en Atención Primaria. Available from: <http://unenfermeroenatencionprimaria.blogspot.com.es/2012/04/sabemos-prescribir-ejercicio-fisico.html>
34. Gutiérrez CV. Obesidad y ejercicio físico (Google eBook). 2013. Available from: <http://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=1rPRuw1zh-YC&pgis=1>

35. Enrique A, Sandoval P, Elizabeth D, Pancorbo L. Actividad física en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiometabólica . La dosis del ejercicio cardiosaludable.
36. OMS (ligeramente modificado 1997). 2015;9(lmc).
37. Tolstrup J, Petersen CB, Hansen AW. [Sedentarism--a new challenge for public health?]. Ugeskr. Laeger. 2011 Mar 7;173(10):731. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21375990>
38. Subirats Bayego E, Subirats Vila G, Soteras Martínez I. [Exercise prescription: indications, dosage and side effects]. Med. Clin. (Barc). 2012 Jan 21;138(1):18–24. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775311000947>
39. Estado JDEL. I. Disposiciones generales. 1999;43088–99.
40. Salud M de, Pública S de S. ministerio de salud. guía clínica diálisis peritoneal. 2010.
41. Moreira MA. ¿Al final, qué es aprendizaje significativo? 2010;1:1–25.
42. Malhotra NK, Martínez JFJD, Rosales MET. Investigación de mercados. 2004. Available from: <http://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=SLmEbIVK2OQC&pgis=1>
43. Lara M, Amigo H. ¿ Qué tipo de intervención tiene mejores resultados en la disminución de peso en adultos con sobrepeso u obesidad? Revisión Sistemática y Metaanálisis. Arch. Latinoam. Nutr. 2011;61(2). Available from: <http://alanrevista.org/ediciones/2011-1/pdf/art6.pdf>
44. Tuah NA, Amiel C, Qureshi S, Car J, Kaur B, Majeed A. Transtheoretical model for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. Cochrane database Syst. Rev. 2011 Jan;(10):CD008066. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21975777>
45. Emilia Arrebola Vivas BLPTKWLBLS. Variables predictoras de baja adherencia a un programa de modificación de estilos de vida para el tratamiento del exceso de peso en atención primaria. Nutr. Hosp. 2013. Available from: <http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/view/6781>

## 6.Anexos

### 6.1 Documento de preinscripción.

Fecha de Preinscripción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre y apellidos del participante: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Teléfono (fijo): \_\_\_\_\_

Estudios: Si: ☐ No: ☐

Utiliza Uds. el internet? Si: ☐ No: ☐

Medico: \_\_\_\_\_ Enfermera: \_\_\_\_\_ -

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

SEDENTARIO: Si: ☐ No: ☐

FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR: Si: ☐ No: ☐

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

PATOLOGIA CRONICA DESCOMPENSADA: Si: ☐ No: ☐

OBESIDAD MORBIDA: Si: ☐ No: ☐

EPOC O IC: Si: ☐ No: ☐

ALGÚN CRITERIO DE PREVENCIÓN SECUNDÁRIA: Si: ☐ No: ☐

ALGÚN CRITERIO DE CONTRAINDICACIÓN DE PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO: Si: ☐

No: ☐

**Firma del participante:**



## 6.2 Test dieta mediterránea

| Muchas gracias por su colaboración |  |   |                      |
|------------------------------------|--|---|----------------------|
| Nº                                 | Pregunta   | Modo de valoración  | Puntos               |
| 1                                  | ¿Usa usted el aceite de oliva principalmente para cocinar?   | Si =1 punto   | <input type="text"/> |
| 2                                  | ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, el de las comidas fuera de casa, las ensaladas, etc.)?  | Dos o más cucharadas =1 punto   | <input type="text"/> |
| 3                                  | ¿Cuántas raciones de verdura u hortalizas consume al día (las guarniciones acompañamientos contabilizan como ½ ración)?  | Dos o más al día (al menos una de ellas en ensaladas o crudas)= 1 punto | <input type="text"/> |
| 4                                  | ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?   | Tres o más al día= 1 punto  | <input type="text"/> |
| 5                                  | ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (una ración equivale a 100-150 gr.)?  | Menos de una al día= 1 punto  | <input type="text"/> |
| 6                                  | ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día porción individual equivale a 12 gr)?  | Menos de una al día= 1 punto  | <input type="text"/> |
| 7                                  | ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?   | Menos de una al día= 1 punto  | <input type="text"/> |
| 8                                  | ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?   | Tres o más vasos por semana= 1 punto                                    | <input type="text"/> |
| 9                                  | ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (una ración o plato equivale a 150 gr)?   | Tres o más por semana= 1 punto  | <input type="text"/> |
| 10                                 | ¿Cuántas raciones de pescado o mariscos consume a la semana (un plato, pieza o ración equivale a 100-150 gr de pescado ó 4-5 piezas de marisco)?   | Tres o más por semana= 1 punto  | <input type="text"/> |
| 11                                 | ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?  | Menos de tres por semana= 1 punto                                       | <input type="text"/> |
| 12                                 | ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (una ración equivale a 30 gr)?   | Una o más por semana= 1 punto   | <input type="text"/> |
| 13                                 | ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo: una pieza o ración equivale a 100- 150 gr)?  | Si= 1 punto   | <input type="text"/> |
| 14                                 | ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)? | Dos o más por semana= 1 punto   | <input type="text"/> |
| Resultado final, puntuación total  |  |   | <input type="text"/> |

Puntuación total

< 9 baja adherencia.

>= 9 buena adherencia.

### 6.3 Versión española del brief physical activity assessment tool (BPAAT).

#### 1.- Cuestionario de actividad física breve para las consultas de atención primaria

(A) ¿Cuántas veces por semana realiza usted 20 MINUTOS de actividad física INTENSA que le haga respirar rápido y con dificultad? (por ejemplo, footing, levantar pesos, excavar, aeróbic, bicicleta rápida, o caminar a un ritmo que le impida hablar con normalidad).

- 3 o más veces por semana
- 1-2 veces por semana
- nunca

##### **Puntuación:**

- 4
- 2
- 0

(B) ¿Cuántas veces por semana realiza usted 30 MINUTOS de actividad física MODERADA o pasea de forma que aumente su frecuencia cardíaca o respire con mayor intensidad de lo normal? (por ejemplo, tareas domésticas, cargar pesos ligeros, ir en bicicleta a una marcha regular, jugar con niños, a petanca o un partido de dobles de tenis).

- 5 o más veces por semana
- 3-4 veces por semana
- 1-2 veces por semana
- nunca

##### **Puntuación:**

- 4
- 2
- 1
- 0

**Puntuación total A + B:** \_\_\_\_\_

Puntuación  $\geq 4$  = «Suficientemente» activo (anime al paciente a CONTINUAR su actividad)

Puntuación 0–3 = «Insuficientemente» activo (anime al paciente a AUMENTAR su actividad)

### 6.3 Test de prochaska

Prochaska y Di Clemente estudiaron en 1983 a pacientes que realizaron con éxito un tratamiento y dejaron de usar sustancias psicoactivas, planteando que el cambio de consumidor a abstinentes se produce en una sucesión de etapas, que describieron de la siguiente manera:

***Etapas precontemplativa.*** Los pacientes no consideran necesario el cambio, pues no ven un problema que lo haga necesario.

***Etapas contemplativa.*** Si bien los pacientes contemplan la necesidad del cambio y puede que aún se digan a sí mismos "debería dejar de fumar...", aún no han hecho nada objetivo al respecto. Estos pacientes pueden ser ayudados a modificar o aumentar su motivación por el cambio intentando lograr una colaboración o alianza terapéutica.

***Etapas de decisión y acción.*** En esta etapa nos encontramos con personas que se proponen firmemente el cambio y toman acciones específicas que lo indican, por ejemplo, consultan solicitando ayuda. Las intervenciones terapéuticas surten un mayor efecto cuando se realizan en esta etapa.

***Etapas de mantención.*** El cambio inicial ya se produjo y se encuentran manteniendo la conducta de abstinencia y evitando las recaídas.

***Etapas de recaída.*** Esta etapa fue considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento, otorgándole un estigma a la terapia de las adicciones que no poseen otras enfermedades crónicas que presentan recaídas en su evolución, como hipertensión arterial, diabetes, etcétera. El resultado del tratamiento depende de qué se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Si bien intentamos evitarlas al máximo, cuando ellas suceden, debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en qué falló la estrategia propuesta.

## 6.4 Encuesta de valoración.

### ENCUESTA DE VALORACIÓN

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO HISTORIA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
TALLA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_ FUMADOR: SI NO BEBEDOR: SI NO

¿ACUDE A ESTE PROGRAMA PORQUE::

☐ YO DESEO ADELGAZAR. ☐ ME LO HA DICHO EL MÉDICO. ☐ QUIERE MI FAMILIA O AMIGOS.

SEÑALA SI ES VERDADERO O FALSO:

- |   |  |
|---|--|
| 1. Hacer una dieta sana supone comer sólo hervidos y asados               | V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No SE <input type="checkbox"/> |
| 2. Las harinas son Hidratos de Carbono                                    | V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No SE <input type="checkbox"/> |
| 3. Masticar mucho ayuda a adelgazar                                       | V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No SE <input type="checkbox"/> |
| 4. Los alimentos hervidos son los que más adelgazan                       | V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No SE <input type="checkbox"/> |
| 5. Los alimentos bajos en calorías no tienen sabor                        | V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No SE <input type="checkbox"/> |
| 6. La manera de cocinar los alimentos influye en que engorden o adelgacen | V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No SE <input type="checkbox"/> |
| 7. El aceite de freír se puede utilizar, si está limpio hasta 6 veces     | V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No SE <input type="checkbox"/> |
| 8. Las verduras no resultan agradables a los niños                        | V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No SE <input type="checkbox"/> |
| 9. Las verduras son ricas en Hidratos de carbono                          | V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No SE <input type="checkbox"/> |
| 10. El comer sentado y tranquilo engorda                                  | V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No SE <input type="checkbox"/> |
| 11. La forma más sana de comer pescado es a la plancha                    | V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No SE <input type="checkbox"/> |
| 12. Engorda más el aceite de oliva que el de semillas                     | V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No SE <input type="checkbox"/> |
| 13. Si se quiere adelgazar se tiene que pasar hambre                      | V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No SE <input type="checkbox"/> |
| 14. A partir de los treinta años ya no es tan importante tomar lacteos    | V <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No SE <input type="checkbox"/> |

EL EJERCICIO FÍSICO ES IMPORTANTE PARA LA SALUD: SI \_\_ NO \_\_ NO LO SE \_\_

PORQUÉ: \_\_\_\_\_

SI DESEAMOS ADELGAZAR EL EJERCICIO FÍSICO ES IMPORTANTE: SI \_\_ NO \_\_ NO LO SE \_\_

PORQUÉ: \_\_\_\_\_

QUÉ TIPO DE EJERCICIO REALIZA , CUANTO TIEMPO Y CADA CUANTO:

|                                     | TIEMPO      |                | FRECUENCIA           |                    |
|-------------------------------------|-------------|----------------|----------------------|--------------------|
| • PASEAR                            | _____ horas | A DIARIO _____ | 3 DÍAS /SEMANA _____ | 1 DÍA/SEMANA _____ |
| • BICICLETA                         | _____ horas | A DIARIO _____ | 3 DÍAS /SEMANA _____ | 1 DÍA/SEMANA _____ |
| • CORRER                            | _____ horas | A DIARIO _____ | 3 DÍAS /SEMANA _____ | 1 DÍA/SEMANA _____ |
| • GIMNASIA                          | _____ horas | A DIARIO _____ | 3 DÍAS /SEMANA _____ | 1 DÍA/SEMANA _____ |
| • OTROS(.....)                      | _____ horas | A DIARIO _____ | 3 DÍAS /SEMANA _____ | 1 DÍA/SEMANA _____ |
| • NINGUNO. <input type="checkbox"/> |             |                |                      |                    |

Programa de ayuda a personas con sobrepeso elaborado por Equipo de enfermeras: grupo de trabajo de Enfermeras comunitarias constituido por: Josep Adolf Guirao Goris; M<sup>a</sup> Luisa Rosado Calatayud y Amparo Urios Grande.

## 6.5 Diario autoadministrado.

| Día | Desayuno | Almuerzo | Comida | Merienda | Cena | Entre horas |
|-----|----------|----------|--------|----------|------|-------------|
|     |          |          |        |          |      |             |
|     |          |          |        |          |      |             |
|     |          |          |        |          |      |             |
|     |          |          |        |          |      |             |
|     |          |          |        |          |      |             |
|     |          |          |        |          |      |             |

Rellene en cada casilla **todos** los alimentos que tome incluida la bebida, el acompañamiento (verduras o guarnición) y el pan.

